

様式第5号（第9条関係）

多度津町認知症対応型共同生活介護事業所家賃助成金請求書

年 月 日

多度津町長 様

請求者 所在地
名 称
代表者氏名

印

年 月分の多度津町認知症対応型共同生活介護事業所家賃助成金の
支払を受けたいので、下記のとおり請求します。

記

1. 請求金額 円

2. 請求の内訳 別紙のとおり

- ※ 1. 添付書類 領収書の写し等、実際に入居者が支払った家賃が確認できる書類
- 2. 提出期限 軽減した月の翌々月の10日まで

別紙

請求の内訳

年 月分

(被保険者番号) 入居者氏名	軽減日数 (日)	家 賃 (円)	入居者負担額 (円)	軽 減 額 (円)
()				
()				
()				
()				
()				
()				
()				
()				
()				
()				
合 計				